



Federación Internacional de Ciencias de la Salud Integrativa A.C.

"Formando profesionales para el mundo"

HOJA FRONTAL DE EXPEDIENTE CLÍNICO

Paciente: _____ **Exp.** _____

Domicilio y teléfono: _____

Diagnóstico Inicial: _____ **Fecha de ingreso:** _____

Diagnóstico Final: _____ **Fecha de egreso:** _____

Procedimientos Realizados:

Observaciones:

Personal de salud responsable: _____

El expediente clínico de la consulta externa se compone:

- **Historia clínica o ficha clínica**
- **Notas de evolución clínica**
- **Nota de procedimientos**
- **Notas de interconsulta**
- **Notas de referencia y traslado**
- **Consentimiento informado**
- **Estudios paraclínicos**



Federación Internacional de Ciencias de la Salud Integrativa A.C.

"Formando profesionales para el mundo"

FICHA CLÍNICA

Fecha: __/__/__

Nombre del Usuario:						
Edad:		Sexo:		Estado civil:		
Lugar de origen:				Ocupación:		
Motivo de la visita:						
Principio del padecimiento:			Evolución:			
Antecedentes familiares						
Enfermedades Hereditarias:						
Enfermedades Mentales:						
Toxicomanías:						
Hábitos Personales y Sociólogos						
Alimentación:						
Vivienda:						
Hábitos Higiénicos:						
Inmunizaciones:						
Patológicos						
Enfermedades de la Infancia:						
Toxicomanías:						
Intervenciones Quirúrgicas:						
Ginecológicos, obstétricos:						
Interrogatorio por Aparatos y Sistemas						
Digestivo:						
Cardiorrespiratorio:						
Urinario:						
Aparato Genital:						
Sensibilidad Periférica:						
Sistema Endócrino:						
Músculo esquelético:						
Estado actual						
Padecimientos:						
Tratamientos:						
Toma de signos vitales						
Presión:		Pulso:		Temperatura:		



Federación Internacional de Ciencias de la Salud Integrativa A.C.

"Formando profesionales para el mundo"

HOJA DE NOTA CLÍNICA

Paciente: _____ **Exp.** _____



Federación Internacional de Ciencias de la Salud Integrativa A.C.

"Formando profesionales para el mundo"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente: _____ **Exp.** _____

Quién ha informado:.....

Acompañante (tutor o representante legal).....

	SI	NO
Acepto participar de forma voluntaria en la terapéutica : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se me dio a leer mi hoja de consentimiento informado acerca de mi tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se me ha informado en qué consiste mi alteración en salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se me ha informado acerca de la terapia y en qué consiste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se me ha informado acerca de los beneficios de la terapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se me ha informado acerca de los riesgos de la terapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deseo ser informado en caso que se encuentre alguna alteración que amerite revisión médica o interconsulta con otro especialista de la salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que la información de mi terapia y tratamiento será confidencial y que ninguna persona no autorizada tendrá acceso a los datos o a las muestras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo ponerme en contacto con los terapeutas si lo necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firmas

Paciente o participante:	Quién ha informado:	Acompañante (tutor o representante legal):

Fecha de elaboración: ____/____/____

En el caso que necesite ponerse en contacto con los terapeutas del estudio puede llamar al teléfono: _____ para hablar con el (a) terapeuta o personal de salud: _____.